



WELL CHILD EXAM - INFANCY: 4 MONTHS

(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

МЛАДЕНЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ: 4 МЕСЯЦА

ДАННЫЕ О РЕБЕНКЕ (ЗАПОЛНЯЮТСЯ РОДИТЕЛЕМ)	ИМЯ РЕБЕНКА		ДАТА РОЖДЕНИЯ		
	АЛЛЕРГИИ		ПРИНИМАЕМЫЕ В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ ЛЕКАРСТВА		
	ЗАБОЛЕВАНИЯ/НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ/ПРОБЛЕМЫ/БЕСПОКОЙСТВА СО ВРЕМЕНИ ПОСЛЕДНЕГО ПОСЕЩЕНИЯ				
	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок хорошо спит. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок хорошо ест и растет. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Легко понять, что хочет мой ребенок. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Я обеспокоен(а) тем, что у меня слишком часто бывают периоды грусти.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок тянутся за предметами и может держать их. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок переворачивается или пытается перевернуться с животика на спину. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок видит и слышит.		
WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE	HEIGHT CM/IN. PERCENTILE	HEAD CIR. PERCENTILE	Diet _____		
<input type="checkbox"/> Review of systems <input type="checkbox"/> Review of family history <hr/> <hr/>		Elimination _____ Sleep _____ <input type="checkbox"/> Review Immunization Record Health Education/Anticipatory Guidance: (Check all completed) <input type="checkbox"/> Family Planning <input type="checkbox"/> Safety <input type="checkbox"/> Sleeping on back <input type="checkbox"/> Development <input type="checkbox"/> Crib Safety <input type="checkbox"/> Shaken Baby Syndrome <input type="checkbox"/> Infant Bond <input type="checkbox"/> Feeding <input type="checkbox"/> Fever <input type="checkbox"/> Passive Smoke? <input type="checkbox"/> No bottle in bed <input type="checkbox"/> Child care <input type="checkbox"/> Appropriate Car Seat <input type="checkbox"/> Other: _____ Assessment: _____ <hr/> <hr/>			
Screening:	N	A			
Hearing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Development	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Behavior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Social/Emotional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Gross Motor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Fine Motor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Physical:	N	A	N	A	
General appearance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chest
Skin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungs
Head/Fontanelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiovascular/Pulses
Eyes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen
Ears	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitalia
Nose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spine
Oropharynx	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extremities
Neck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurological
Nodes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Mental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Describe abnormal findings:					_____ _____ _____
					IMMUNIZATIONS GIVEN
					REFERRALS
NEXT VISIT: 6 MONTHS OF AGE			HEALTH PROVIDER NAME		
HEALTH PROVIDER SIGNATURE			HEALTH PROVIDER ADDRESS		

Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Infancy (4 months)

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions.
They are not comprehensive guidelines.

Hearing Screen

Screen infants with these risk factors:

- Family history of childhood hearing impairment.
- History of congenital prenatal infection with herpes, syphilis, rubella, cytomegalovirus or toxoplasmosis.
- Malformations involving the head or neck (e.g., dysmorphic and syndrome abnormalities, cleft palate, abnormal pinna).
- Birth weight below 1500 grams.
- Bacterial meningitis.
- Hyperbilirubinemia requiring exchange transfusion.
- Severe prenatal asphyxia exchange transfusion.
- Severe prenatal asphyxia (Apgar scores of 0-3, absence of spontaneous respirations for 10 minutes or hypotonia at 2 hours of age).
- Parents concerned about infant's hearing.

Hepatitis B Vaccine

Dosing schedule:

- First dose at birth or other starting date.
- Second dose at least one month after the first dose.

Polio Virus Vaccine

Give a dose of inactivated polio virus (IPV) vaccine:

- at 2 months.
- at 4 months.

Developmental Milestones

Always ask parents if they have concerns about development or behavior. You may use the following screening list, or use the Ages and Stages Questionnaire, the Denver II, or the ELMS2 (a language

Yes No

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Holds head up to 90 degrees.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Laughs.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Follows past mid line.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>No persistent fist clenching.</u> |

Instructions for developmental milestones: At least 90% of infants should achieve the underlined milestones by this age. If you have checked "no" on even one of the underlined items, refer the infant for a formal developmental assessment.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control or Prevention. **Parents and providers may call Healthy Mothers, Healthy Babies with questions or concerns on childhood development.**



ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР РЕБЕНКА – МЛАДЕНЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ: 4 МЕСЯЦА

WELL CHILD EXAM - INFANCY: 4 MONTHS

(Соответствует нормам EPSDT)

ДАТА

МЛАДЕНЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ: 4 МЕСЯЦА

ДАННЫЕ О РЕБЕНКЕ (ЗАПОЛНЯЮТСЯ РОДИТЕЛЕМ)	ИМЯ РЕБЕНКА		ДАТА РОЖДЕНИЯ	
	АЛЛЕРГИИ		ПРИНИМАЕМЫЕ В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ ЛЕКАРСТВА	
	ЗАБОЛЕВАНИЯ/НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ/ПРОБЛЕМЫ/БЕСПОКОЙСТВА СО ВРЕМЕНИ ПОСЛЕДНЕГО ПОСЕЩЕНИЯ			
	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок хорошо спит. Мой ребенок хорошо ест и растет. Легко понять, что хочет мой ребенок. Я обеспокоен[а] тем, что у меня слишком часто бывают периоды грусти.		<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок тянется за предметами и может держать их. Мой ребенок переворачивается или пытается перевернуться с животика на спину. Мой ребенок видит и слышит.	
	ВЕС, КГ/УНЦИИ (ПРОЦЕНТИЛЫ)	РОСТ, СМ/ДЮЙМОВ (ПРОЦЕНТИЛЫ)	ОКРУЖНОСТЬ ГОЛОВЫ (ПРОЦЕНТИЛЫ)	
	<input type="checkbox"/> Проверка систем организма <input type="checkbox"/> Проверка семейного анамнеза <hr/> <hr/>		Питание _____ Выделения _____ Сон _____ <input type="checkbox"/> Проверка карты прививок	
	Обследования:		Санитарное просвещение/заблаговременные указания: (отметьте пройденные темы)	
	Слух	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Есть	<input type="checkbox"/> Планирование семьи <input type="checkbox"/> Безопасность <input type="checkbox"/> Сон на спине <input type="checkbox"/> Развитие <input type="checkbox"/> Безопасность детских кроваток <input type="checkbox"/> Синдром сотрясения ребенка <input type="checkbox"/> Связь с ребенком <input type="checkbox"/> Кормление <input type="checkbox"/> Жар <input type="checkbox"/> Пассивное курение <input type="checkbox"/> Никаких бутылочек <input type="checkbox"/> Уход за детьми в кровати	
	Зрение	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Есть		
	Развитие	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Есть		
Поведение	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Есть			
Социальное/ эмоциональное развитие	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Есть			
Грубая моторика	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Есть			
Тонкая моторика	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Есть			
Нарушения:	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Есть			
Общий внешний вид	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Есть	Грудная клетка <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Есть Легкие <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Есть Сердечно-сосудистая система/пульс <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Есть Живот <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Есть Половые органы <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Есть Позвоночник <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Есть Конечности <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Есть Неврологическое состояние <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Есть		
Кожа	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Есть			
Голова/родничок	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Есть			
Глаза	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Есть			
Уши	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Есть			
Нос	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Есть			
Ротовая полость	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Есть			
Шея	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Есть			
Лимфатические узлы	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Есть			
Психическое здоровье	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Есть			
Опишите выявленные нарушения:				
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				
СДЕЛАННЫЕ ПРИВИВКИ				
НАПРАВЛЕНИЯ				
СЛЕДУЮЩЕЕ ПОСЕЩЕНИЕ: В ВОЗРАСТЕ 6 МЕСЯЦЕВ		ИМЯ ВРАЧА ИЛИ НАЗВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ		
ПОДПИСЬ ВРАЧА		АДРЕС ВРАЧА ИЛИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ		

Здоровье вашего малыша в возрасте 4 месяцев

Важнейшие моменты

Как развивается ваш малыш в возрасте от 4 до 6 месяцев.

Ровно держит головку, лежа на животике.

Кричит, смеется и улыбается.

Переворачивается с животика на спину.

Держит в руке погремушку и пытается взять ее в рот.

Пытается перекладывать игрушки из одной руки в другую.

Узнает голос и лицо родителей.

Учится сидеть вертикально, вначале с вашей помощью.

Играя с ребенком, вы учите его новым вещам.

Помощь или подробная информация

Помощь в поиске ухода за детьми: Сеть ресурсов и направлений по уходу за детьми штата Вашингтон (Washington State Child Care Resource and Referral Network): 1-800-446-1114.

Информация о здоровье и развитии детей: Веб-сайт «CHILD Profile» по адресу www.childprofile.org.

Рассылка материалов «CHILD Profile» для родителей: Информационно-справочная линия программы «Здоровые мамы – здоровые дети» (Healthy Mothers, Healthy Babies) – 1-800-322-2588 или 1-800-833-6388 (TTY); попросите, чтобы вас внесли в список подписчиков, если вы еще не получаете материалы.

Советы по сохранению здоровья

Регулярные медицинские осмотры – прекрасная возможность спросить у врача или медсестры о здоровье и развитии своего ребенка. Составьте список вопросов, прежде чем идти на медосмотр. Берите с собой на осмотр карту прививок ребенка.

Вашему ребенку могут быть сделаны прививки, даже если он слегка простужен, у него диарея или вы даете ему антибиотики. Прививки не могут обострить эти болезни.

В этом возрасте ваш ребенок получает все необходимые ему питательные вещества вместе с грудным молоком или детскими молочными смесями, которые вы ему даете. Если вы кормите ребенка грудью, попытайтесь продолжать это хотя бы в течение первого года. Не спешите давать ребенку каши или другую твердую пищу, пока ему не исполнится 5-6 месяцев.

Проверяйте зрение и слух ребенка. Понаблюдайте за ним, чтобы определить, двигаются ли его глаза, когда он смотрит на движущиеся объекты. Обратите внимание, оборачивается ли он на громкие или неожиданные звуки.

Продолжайте укладывать ребенка спать на спину. В течение первого года не используйте мягкое постельное белье, а также убирайте из детской кроватки плюшевые игрушки. Убедитесь, что остальные, кто ухаживает за ребенком, делают то же самое.

Советы по воспитанию детей

Пойте, говорите и играйте с ребенком каждый день. Смотрите на ребенка и повторяйте звуки, которые он произносит.

Положите ребенка на животик, чтобы он смог играть на полу. Кладите игрушки рядом с ним, чтобы он мог до них дотянуться.

Если вас что-либо беспокоит в отношении развития ребенка, проконсультируйтесь у врача или медсестры, либо позвоните в программу «Здоровые мамы – здоровые дети».

Советы, касающиеся безопасности

Всегда придерживайте ребенка одной рукой, когда он на кровати, диване или на пеленальном столике, чтобы он не упал.

При каждой поездке с ребенком используйте детское автомобильное сиденье, усаживая ребенка лицом назад. Пристегивайте ребенка на заднем сиденье.